

管理医療機器 販売業
貸与業 届出済証明願

(※該当しないものに二重線を引いてください)

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所
氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、管理医療機器の 販売業 貸与業 の届出をした者であることを、証明願います。

営業所の名称	
営業所の所在地	〒 (電話) (FAX) 広島市 区
備考	管理医療機器販売業届書 提出日： 年 月 日
担当者所属・氏名等	(電話)

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します(承諾されない方はお申し出ください。)
 ※ 販売業・貸与業のうち、該当しない業種があれば、二重線で削除してください。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	(受付)		(伺い)				
	係	専門員	係	係長	照合	公印	施行